

Н.А. Колпакова¹, Н.К. Ржевская¹, С.Г. Горелик¹, П.Н. Белоусов²

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, Белгород, ул. Победы, 85, e-mail: 79102228440@yandex.ru; ² Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, 308007, Белгород, ул. Некрасова, 8/9

В статье рассмотрено качество жизни пациенток с недержанием мочи и возникновение психоэмоциональных нарушений как следствие данной патологии. В исследовании приняли участие пациентки, ранее не обращавшиеся по поводу недержания мочи к врачам-специалистам. Всего была опрошена 281 пациентка, из них 56 (19,93%) — 20–59 лет, 156 (55,52%) — пожилого (60–74 лет) возраста, 69 (24,56%) — старческого (75–89 лет). Подтверждена коморбидность недержания мочи с психоэмоциональными расстройствами во всех группах пациенток, но наиболее выраженные результаты получены в пожилом и старческом возрасте.

Ключевые слова: недержание мочи, психоэмоциональные расстройства, качество жизни, пожилой и старческий возраст

Проблема недержания мочи является одной из ведущих в снижении качества жизни женщин в периоды пре- и постменопаузы, а иногда и у женщин детородного возраста [4, 9].

По данным различных исследований, недержанием мочи в США и Европе страдают 12–55% женщин [7, 10, 12]. Распространенность данной патологии у пациенток пожилого и старческого возраста достигает 70% и в постменопаузальном периоде постепенно прогрессирует. Однако реальная распространенность инконтиненции не поддается точной оценке в связи с тем, что пациентки не рассматривают данную патологию как серьезное заболевание, связывая ее с возрастом и постменопаузой, либо стесняются обратиться за помощью. В развитых странах число обращающихся к специалисту пациенток составляет около 30%, а в России — не более 10% [6].

Любые формы нарушения мочеиспускания, и особенно недержание мочи, резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы, которые в итоге приводят к нарушению социальных, семейных и рабочих связей, нарушению сна,

психической дезадаптации, сексуальным расстройствам. Психологически эта проблема часто сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами.

У пациентов старших возрастных групп недержание мочи связано с повышенным риском суицидальных попыток, превышающим риск при достаточно распространенных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания и болевых синдромах различной этиологии [13].

О том, что пациенты с симптомами патологии нижнего мочевого тракта имеют определенный психологический компонент, известно давно. У древних китайцев была поговорка: «Мочевой пузырь — зеркало души» [1].

В различных исследованиях предложенные объяснения этиологии двух функционирующих совместно изнурительных расстройств — недержания мочи и психоэмоциональных расстройств — имеют различные формы, от психиатрических предположений о том, что недержание мочи является психосоматическим проявлением [11], до более установленных взаимосвязей, предполагающих, что стигма, эмоциональный дистресс и потеря контроля, связанные с недержанием мочи, предрасполагают человека к депрессии [15, 18].

Существуют как психологические, так и биологические модели объяснения связи тревоги, депрессии и недержания мочи. Состояние, связанное со стыдом, потерей контроля, непредсказуемостью и снижением качества жизни, может привести к психологическому стрессу, тревоге и симптомам депрессии [11].

Теории развития психоэмоционального нарушения, рассматриваемого как сопутствующее заболевание при недержании мочи, традиционно осно-

ваны на психиатрическом патогенезе, однако более инновационный подход предполагает, что нейрохимические дисфункции, связанные с депрессией, могут также способствовать возникновению проблем, связанных с мочеиспусканием. Существует множество эмпирических данных, указывающих на связь между неврологическими процессами, ответственными как за симптоматику настроения, так и за мочеиспускание [18].

Депрессия является одним из наиболее широко распространенных психических заболеваний в мире и одним из основных факторов глобального бремени болезней [19]. Депрессия в конце жизни является проблемой общественного здравоохранения, которая связана с повышенным риском заболеваемости и самоубийства. Кроме того, это связано с физическим и когнитивным упадком, сокращением социальной жизни и большим пренебрежением к себе, что увеличивает смертность. Распространенность депрессивных симптомов в популяции старше 60 лет может достигать 40% [20]. У пожилых людей признаки депрессии могут быть весьма неоднородными и часто незаметными, что приводит к высокому риску позднего медицинского вмешательства. По данным исследований доказано, что до 38,3% женщин в постменопаузе страдают легкой депрессией [8]. Взаимосвязь тяжелой депрессии и симптомов гиперактивного мочевого пузыря хорошо известна. Люди с синдромом гиперактивного мочевого пузыря подвержены большему риску развития депрессии, чем люди без этого состояния. Исследование, учитывающее возраст как переменную, показало, что у пациентов с депрессией симптомы гиперактивного мочевого пузыря выражены хуже, а качество их жизни страдает более серьезно по сравнению с пациентами без депрессии. Точно так же I.G. Melotti и соавт. показали корреляцию тяжелой депрессии и симптомов гиперактивного мочевого пузыря [21]. С.С. Sexton и соавт. в своих исследованиях с участием 2 877 женщин 65 лет и старше обнаружили, что депрессия была важным фактором ухудшения симптомов гиперактивного мочевого пузыря [16].

Серотонинергическая и норадренергическая системы участвуют как в контроле функционирования мочевого пузыря, так и в патогенезе депрессивных и тревожных расстройств. Антидепрессанты, воздействующие на эту нейрогормональную систему, являются ведущим фармакологическим вмешательством при аффективных и тревожных расстройствах, к тому же антидепрессант Дулоксетин

имеет подтвержденный эффект при лечении стрессового недержания мочи [14, 17].

Успешное применение в медикаментозной терапии недержания мочи трициклических антидепрессантов, среди которых наиболее широко признанным считается Имипрамин, ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, среди которых в центре внимания Дулоксетин, подтверждает общую патофизиологическую основу психоэмоциональных расстройств, невропатических нарушений и заболеваний нижних мочевых путей.

Цель исследования — изучение встречаемости психоэмоциональных расстройств у пациентов различного возраста с недержанием мочи и влияние последнего на качество жизни женщин.

Материалы и методы

Объектами исследования явились пациентки 20–89 лет с впервые выявленным недержанием мочи по результатам скрининга расстройств мочеиспускания с помощью разработанного нами опросника. В исследовании приняли участие пациентки, ранее не обращавшиеся по поводу недержания мочи к врачам-специалистам. Всего опрошена 281 пациентка, которые были разделены на три группы: 1-я — 56 (19,93%) женщин 20–59 лет; 2-я — 156 (55,52%) пациенток пожилого (60–74 лет) возраста; 3-я — 69 (24,56%) старческого (74–89 лет) возраста.

Анкетирование проводили по авторскому опроснику, разработанному Н.А. Колпаковой и С.Г. Горелик, состоящему из двух блоков: 24 специальных вопроса, направленных на определение характера расстройства мочеиспускания, и 9 общих вопросов, определяющих оценку качества жизни пациентов.

Исследование связи недержания мочи и психоэмоциональных расстройств проводили с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Высокий балл определял тревогу и депрессию соответственно. HADS представляет собой анкету для самостоятельного заполнения с семью вопросами о тревоге (HADS-A) и семью вопросами о депрессии (HADS-D). Каждый пункт имеет четыре возможных ответа, оцениваемых по шкале Ликерта от 0 до 3 баллов. Оценка HADS-A и HADS-D, равная 8–10 баллам, определяла субклинически выраженную тревогу/депрессию соответственно, 11 баллов и выше — клинически выраженную тревогу/депрессию.

Для статистической обработки результатов исследования использованы методы оценки зна-

чимости различий двух совокупностей путем применения критерия χ^2 — угловое преобразование Фишера [2, 3, 5]. Критерий χ^2 применяли при сопоставлении выборок по качественно определяемому признаку, при $\chi^2_{\text{эмпирическом}} > 1,64$, $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения

Среди опрошенных пациенток у 99 (35,23%) диагностирована смешанная форма недержания мочи, у 59 (21%) — стрессовая форма, у 123 (43,77%) — ургентная форма. Во всех возрастных группах преобладает ургентная форма, но в пожилом возрасте ее распространенность вдвое больше по сравнению с другими группами. Возрастная структура пациенток с различными формами недержания мочи представлена в *табл. 1*.

Скрининг психоэмоциональных расстройств при недержании мочи выявил клинически выраженное смешанное тревожно-депрессивное состояние у 64 (22,8%) пациенток, клинически выраженную тревогу с субдепрессивным компонентом — у 13 (4,63%), клинически выраженное депрессивное состояние с элементами тревоги — у 47 (16,7%). Состояние психоэмоционального напряжения, не достигающее синдромального уровня, характеризующееся субклинической тревогой и/или депрессией, выявлено у 88 (31,22%) женщин. Устойчивое психоэмоциональное состояние без признаков тревожно-депрессивных расстройств выявлено у 69 (24,6%) пациенток. Клинически выраженная тревога и депрессия достоверно были сильнее всего связаны с ургентным и полным недержанием мочи, а также у женщин, имеющих тяжелую сопутствующую патологию и факторы риска недержания мочи.

Распространенность психоэмоциональных расстройств у пациенток с различными формами недержания мочи в среднем, пожилом и старческом возрасте представлена в *табл. 2*. Как видно из данных таблицы, для пациенток среднего и пожилого возраста при ургентном недержании мочи достоверно более характерно состояние психоэмоционального

напряжения, характеризующееся субклинической тревогой.

В среднем возрасте не было выявлено состояния психоэмоционального напряжения, характеризующегося субклинической депрессией, и клинически выраженного смешанного тревожно-депрессивного состояния.

В пожилом возрасте при стрессовом недержании мочи достоверно более характерно клинически выраженная тревога с субдепрессивным компонентом. В старческом возрасте не было выявлено состояния психоэмоционального напряжения, характеризующегося субклинической тревогой.

Также установлено, что в среднем и пожилом возрасте достоверно чаще недержание мочи коморбидно сопровождают следующие психоэмоциональные нарушения: состояние психоэмоционального напряжения, характеризующееся субклинической тревогой и депрессией, состояние психоэмоционального напряжения, характеризующееся субклинической тревогой, и клинически выраженная тревога с субдепрессивным компонентом.

На выраженность и структуру психоэмоциональных нарушений влияет количество эпизодов непроизвольной утечки мочи и количество подтекаемой мочи. Один и несколько случаев недержания мочи в неделю оказалось пороговым значением для развития субклинически выраженных психоэмоциональных расстройств.

По результатам исследования была выявлена и обратная зависимость: женщины с недержанием мочи, страдающие психоэмоциональными расстройствами, имели большую непроизвольную утечку мочи, чем женщины с недержанием мочи без тревожно-депрессивных нарушений.

Пациентки с недержанием мочи, сопровождающимся выраженными психоэмоциональными нарушениями, оценили недержание мочи как более тяжелое и отмечали более выраженное ухудшение качества жизни в виде нарушения сна, социальных, семейных и рабочих связей, сексуальных расстройств.

Таблица 1

Возрастная структура пациенток с различными формами недержания мочи, абс. число (%)

Возраст	Смешанная форма	Стрессовая форма	Ургентная форма	Всего
Средний	17 (6,05)	9 (3,2)	30 (10,68)	56 (19,93)
Пожилой	59 (20,99)	35 (12,46)	62 (22,06)	156 (55,52)
Старческий	23 (8,19)	15 (5,34)	31 (11,03)	69 (24,56)
Итого	99 (35,23)	59 (21)	123 (43,77)	281 (100)

Распространенность психоэмоциональных расстройств у пациенток среднего, пожилого и старческого возраста с различными формами недержания мочи, абс. число (%)

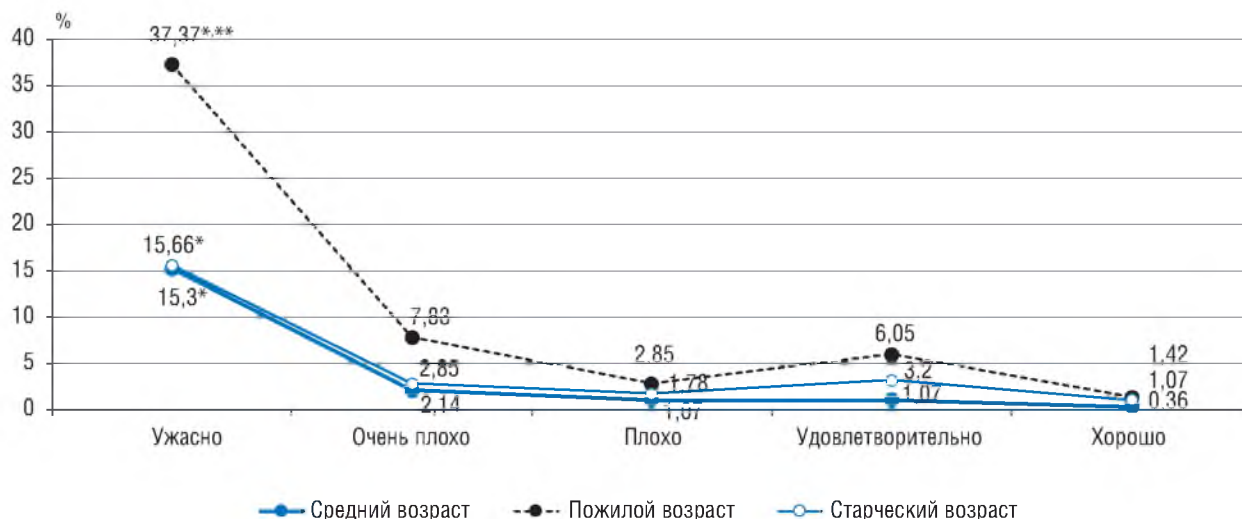
Форма недержания мочи	Устойчивое психоэмоциональное состояние	Состояние психоэмоционального напряжения, характеризующее субклинической тревогой и депрессией	Состояние психоэмоционального напряжения, характеризующее субклинической тревогой	Состояние психоэмоционального напряжения, характеризующее субклинической депрессией	Клинически выраженное смешанное тревожно-депрессивное состояние	Клинически выраженная тревога с субдепрессивным компонентом	Клинически выраженное депрессивное состояние с элементами тревоги
<i>Средний возраст</i>							
<i>Всего</i>	23 (41,1)	3 (5,4)	17 (30,3)	–	–	10 (17,8)	3 (5,4)
56 (100)							
Стрессовая	1 (11,1)	–	2 (22,2)	–	–	6 (66,7)	–
9 (16,1)							
Ургентная	9 (30)	2 (6,67)	13 (43,3) ^{2)*}	–	–	3 (10)	3 (10)
30 (53,6) ^{1)*}							
Смешанная	13 (76,5)	1 (5,9)	2 (11,8)	–	–	1 (5,9)	–
17 (30,3)							
<i>Пожилой возраст</i>							
<i>Всего</i>	36 (23,1)	8 (5,1)	2 (1,4)	37 (23,7)	38 (24,3)	3 (1,9)	32 (20,5)
156 (100)							
Стрессовая	15 (42,9)	2 (5,7)	–	13 (37,1)	1 (2,9)	2 (5,7) ^{4)*}	2 (5,7)
35 (22,4)							
Ургентная	10 (16,1)	2 (3,2)	1 (1,6) ^{3)*}	9 (14,5)	22 (35,5)	–	18 (29,1)
62 (39,8) ^{1)*}							
Смешанная	11 (18,7)	4 (6,8)	1 (1,7)	15 (25,4)	15 (25,4)	1 (1,7)	12 (20,3)
59 (37,8)							
<i>Старческий возраст</i>							
<i>Всего</i>	10 (14,5)	2 (2,9)	–	19 (27,5)	26 (37,7)	–	12 (17,4)
69 (100)							
Стрессовая	3 (20)	–	–	7 (46,7)	3 (20)	–	2 (13,3)
15 (21,8)							
Ургентная	3 (9,7)	1 (3,2)	–	5 (16,1)	14 (45,2)	–	8 (25,8)
31 (44,9)							
Смешанная	4 (17,4)	1 (4,3)	–	7 (30,4)	9 (39,2)	–	2 (8,7)
23 (33,3)							
<i>Итого</i>	69 (24,6)	12 (4,3) ^{5)*}	20 (7,1) ^{5)*}	56 (19,9)	64 (22,8)	13 (4,6) ^{5)*}	47 (16,7)
281 (100)							

^{1)*} $p \leq 0,05$ — внутри группы пациенток с различными методами недержания мочи; ^{2)*} $p \leq 0,05$ — внутри группы пациенток среднего возраста с психоэмоциональным напряжением, характеризующимся субклинической тревогой; ^{3)*} $p \leq 0,05$ между группами с психоэмоциональным напряжением, характеризующимся субклинической тревогой; ^{4)*} $p \leq 0,05$ между группами с клинически выраженной тревогой и субдепрессивным компонентом; ^{5)*} $p \leq 0,05$ при сравнении пациенток трех возрастных групп с устойчивым психоэмоциональным состоянием.

При исследовании качества жизни женщин с различными формами недержания мочи установлено, что 138 (49,11%) отметили социальную изоляцию, 206 (73,31%) избегали посещения общественных мест, длительных поездок, 168 (59,79%) предприняли смену работы или увольнение из-за имеющихся расстройств, 183 (65,12%)

отметили, что расстройство мочеиспускания в целом сильно влияет на качество их жизни.

Изучение мотивов длительного отказа от медицинской помощи показало, что 179 (63,7%) пациенток стеснялись обратиться к врачу с данной патологией, 107 (38,08%) имели убеждение, что специалиста по лечению данной патологии не су-



Качество жизни пациенток с разными формами недержания мочи в трех возрастных группах.

* $p \leq 0,05$ — внутри группы пациентов относительно ответа «хорошо»; ** $p \leq 0,05$ — между группами пациентов с различными формами недержания мочи

ществует, для 182 (64,77%) пациенток была важна предполагаемая стоимость лечения, еще 159 (56,58%) отметили боязнь возможных побочных эффектов от лекарственных препаратов. Кроме того, многие женщины отметили финансовые проблемы, причем $1/3$ пациенток отложили обращение и лечение по этой причине.

При оценке качества жизни большинство пациенток различного возраста выбрали вариант «ужасно» — 192 (68,33%), 36 (12,81%) оценили качество жизни «очень плохо», 16 (5,69%) — «плохо», 29 (10,32%) — «удовлетворительно», 8 (2,85%) — «хорошо».

Качество жизни пациенток с различными формами недержания мочи в трех возрастных группах представлено на рисунке.

Заключение

Такими образом, психоэмоциональные расстройства в сочетании с недержанием мочи являются распространенными во всех возрастных группах. Наше исследование отражает данные о том, что тревога и депрессия связаны со всеми формами недержания мочи у женщин, причем сила связи возрастает с ухудшением состояния. Наши результаты показывают, что недержание мочи является не только проблемой пациенток старших возрастных групп, поэтому необходимо его выявление и лечение в более раннем возрасте, например в среднем, для предупреждения отрицательных последствий данного состояния и улучшения качества жизни пациенток.

Изучение психоэмоциональной симптоматики у женщин с недержанием мочи имеет решающее значение для формирования точных представлений о психическом здоровье и функционировании пациенток с данной патологией.

Большая распространенность непроизвольного мочеиспускания у женщин в пожилом возрасте диктует необходимость внедрения активного скрининга психоэмоциональных нарушений в пожилом и старческом возрасте медицинскими и социальными работниками. Использование пациентами самоопросников позволит обеспечить своевременную качественную диагностику, предупредить социально-экономические последствия заболевания. При этом современное, максимально эффективное и щадящее лечение позволит полностью решить или существенно облегчить проблему недержания мочи, а следовательно, значительно улучшить качество жизни пациенток, снизить экономические затраты на лечение и реабилитацию.

Итак, в современных условиях при оказании урологической помощи пациенткам с данной патологией возрастает роль специализированной психологической и психиатрической помощи как важного дополнения к терапии недержания мочи, сопровождающего невротическими симптомами.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. М.: Литтера, 2006.
2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов последствий. Л.: Медицина, 1978.

3. Гублер Е.В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. Л.: Медицина, 1973.
4. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи // Урология. 2001. № 2. С. 11–21.
5. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2007.
6. Урология. Российские клинические рекомендации, 2016.
7. Abrams P., Cardozo L., Wagg A., Wein A. (eds.). Incontinence. 6th ed. ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK, 2017.
8. Ahlawat P., Singh M.M., Garg S., Mala Y.M. Prevalence of Depression and its Association with socio demographic factors in postmenopausal women in an urban resettlement colony of Delhi // J. Midlife Hlth. 2019. Vol. 10, № 1. P. 33–36.
9. Almousa S., Bandin van Loon A. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review // Maturitas. 2018. № 107. P. 78–83.
10. Alves J.O., Luz S.T.D., Brandao S. et al. Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors // Int. J. Sports. Med. 2017. Vol. 38, № 12. P. 937–941.
11. Bodden-Heidrich R., Beckmann M. W., Libera B. et al. Psychosomatic aspects of urinary incontinence // Arch. Gynec. Obstet. 1999. Vol. 262, № 3–4. P. 151–158.
12. Irwin D.E., Kopp Z.S., Agatep B. et al. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction // BJU Int. 2011. Vol. 108, № 7. P. 1132–1138.
13. Juurlink D.N., Herrmann N., Szalai J.P. et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly // Arch. int. Med. 2004. Vol. 164. P. 1179–118.
14. Li J., Yang L., Pu C. et al. The role of duloxetine in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis // Int. Urol. Nephrol. 2013. Vol. 45. P. 679–686.
15. Perry S., McGrother C.W., Turner K. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model // Brit. J. Hlth Psychol. 2006. Vol. 11, № 3. P. 463–482.
16. Sexton C.C., Coyne K.S., Thompson C. et al. Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older Americans: results from epidemiology of lower urinary tract symptoms study // J. Amer. Geriatr. Soc. 2011. Vol. 59, № 8. P. 1465–1470.
17. Song Q.X., Chermansky C.J., Birder L.A. et al. Brain-derived neurotrophic factor in urinary continence and incontinence // Nat. Rev. Urol. 2014. Vol. 11. P. 579–588.
18. Steers W. D., Lee K.-S. Depression and incontinence // Wld J. Urol. 2001. Vol. 19, № 5. P. 351–357.
19. Whiteford H.A., Ferrari A.J., Degenhardt L. et al. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the Global Burden of Disease study 2010 // PLoS One. 2015. Vol. 10, № 2. P. 1–2.
20. Yaohui Z., Yisong H., James P.S. et al. Cohort Profile. The China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) // Int. J. Epidemiol. 2014. Vol. 43, № 1. P. 61–68.
21. Melotti I.G., Juliato Cr., Tnaka M., Ricetto C.L. Severe depression and anxiety in women with overactive bladder // Neurourol. Urodyn. 2018. Vol. 37, № 1. P. 223–228.

Поступила в редакцию 12.05.2022

После доработки 12.05.2022

Принята к публикации 03.06.2022

Adv. geront. 2022. Vol. 35. № 4. P. 523–528

N.A. Kolpakova¹, N.K. Rzhetskaya¹, S.G. Gorelik¹, P.N. Beloysov²

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH URINARY INCONTINENCE AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

¹ Belgorod State University, 85 Pobedy str., Belgorod 308015, e-mail: 79102228440@yandex.ru;

² Belgorod Regional Clinical Hospital Svyatitelya Ioasapha, 8/9 Nekrasova str., Belgorod 308007

The article discusses the issues of changing the quality of life of patients with urinary incontinence and the prevalence of psychoemotional disorders as a concomitant disease. The study involved patients who had not previously consulted specialist doctors on account of urinary incontinence. A total of 281 patients were examined, including 56 (19,93%) patients aged 20–59 years, 156 (55,52%) elderly age, 69 (24,56%) senile age. The comorbidity of urinary incontinence with psychoemotional disorders was confirmed in all groups of patients, but the most pronounced results were obtained in the elderly and senile age.

Key words: urinary incontinence, psychoemotional disorders, quality of life, elderly and senile age